

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 100

DE

L'Imperforation de l'Hymen

AVANT LA

PUBERTÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-François LAPORTE

Né le 29 Janvier 1874 à Limoges (Haute-Vienne)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C.

3, Rue Stella, 3

1908

DE
L'IMPERFORATION DE L'HYMEN
AVANT LA
PUBERTÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 100

DE

L'Imperforation de l'Hymen

AVANT LA

PUBERTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-François LAPORTE

Né le 29 Janvier 1874 à Limoges (Haute-Vienne)

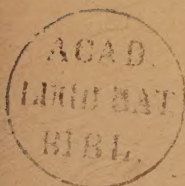


LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Steuve, 3

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Parasitologie	PIERRET.
Physique médicale	WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique	POLLOSSON A.
Chimie organique et Toxicologie.	GUIART.
Matière médicale et Botanique.	X.
Anatomie	HUGOUNENQ.
Anatomie générale et Histologie	CAZENEUVE.
Physiologie	BEAUVISAGE.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée	COLLET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, cours complémentaire	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Hygiène administrative.	LESIEUR,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	TIXIER.	PATEL.	LAROYENNE.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUÇ.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	EL. MARTIN.	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARJET (Ch.).
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (A.), Président;
M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ; MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES TANTES

A MES ONCLES

A MES COUSINS-GERMAINS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Agrégé,

Accoucheur des Hôpitaux

Arrivé au terme d'un labeur, semé de bien des charmes, mais plein de soucis, et, avant de rejoindre notre beau Limousin, pour exercer la plus délicate des professions, « l'Art de guérir », à laquelle nous avons la haute ambition de consacrer le meilleur de notre dévouement, il nous reste un devoir particulièrement agréable à remplir, celui d'exprimer nos plus vifs hommages de gratitude :

A notre chère famille, dont la plus constante sollicitude, nous permet de mener à bien nos études médicales.

A notre oncle, le capitaine CHAMBON, capitaine-commandant au 2^e dragons, qui, durant notre séjour à Lyon, nous a prodigué les soins les plus affectueux.

A nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Limoges, Messieurs les professeurs CHÉNIEUX, J. LEMAISTRE, et RAYMOND, qui guidèrent nos premiers pas.

A Monsieur le professeur LACASSAGNE, qui a bien voulu en maintes occasions, nous honorer de son extrême bienveillance.

A Monsieur le professeur Auguste POLLOSSON, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse,

A Monsieur le professeur agrégé Commandeur, à qui nous devons la première idée de notre travail inaugural, et qui nous a aidé de ses conseils éclairés.

A Messieurs les professeurs agrégés NOVÉ-JOSSERAND et VORON, dont nous n'oublierons pas le savant enseignement.

A Monsieur le professeur agrégé LAROYENNE, à Monsieur le professeur PIOLLET (de Clermont-Ferrand), qui ont eu l'amabilité de nous faire hommage de documents précieux.

A Monsieur le docteur VITRAC JUNIOR (de Libourne), pour son observation personnelle, qui constitue comme la pierre d'assise de notre modeste travail.

A Monsieur le professeur agrégé MOREL, qui nous a soutenu bien souvent de ses encouragements.

A Monsieur le docteur E. JOB, médecin-major de 2^e classe, à Lille, dont nous avons vivement ressenti le départ, et qui n'a cessé de nous donner, et sa vive sympathie, et ses précieux avis.

A notre cher camarade, le docteur L. CRISTIANI, médecin-aide major de 1^{re} classe en Algérie, dont l'amitié la plus affectueuse ne s'est jamais démentie pour nous.

A Messieurs les docteurs LATARJET et REVOL, qui, à différentes reprises, nous ont fait profiter de leurs connaissances approfondies.

INTRODUCTION

Si, en parcourant la littérature médicale, il est possible de trouver de nombreux travaux, sur l'imperforation de la membrane hymen, depuis les écrits les plus didactiques jusqu'aux mémoires les plus originaux, la plupart des auteurs ont envisagé la question au moment de la puberté ; quelques-uns cependant ont entrevu la possibilité d'une rétention muqueuse, avant la menstruation, mais ils n'insistent pas, et, se préoccupent peu des accidents qui peuvent survenir.

Pour le baron Boyer (1825), « ce n'est qu'à l'époque « de la puberté que des circonstances particulières « avertissent de ces vices de conformations et, avant « il ne se produit aucun accident », et Geoffroy Saint-Hilaire (1832) se contente de signaler l'obstacle qu'il peut y avoir à l'écoulement des règles.

Le Fort, dans sa thèse d'agrégation (1863), souligne bien l'importance de l'imperforation, mais parle seulement de la rétention des règles ; quant à Puech, il semble avoir, à peu de temps d'intervalle, deux opinions presque contradictoires.

Tandis que dans son remarquable travail sur

« L'Atrésie des voies génitales de la femme » (1864), il nous entretient « des mucosités secrétées par le col, « qui peuvent faire bomber l'hymen, et attirer « l'attention maternelle », en préconisant dans certains cas l'intervention, dix ans plus tard, dans un article publié par les « Annales de Gynécologie » (1874), nous y trouvons cette phrase « l'existence de l'imperforation « est sans importance pendant l'enfance ».

Roze (1865), prétend qu'aucun symptôme morbide n'est constaté avant la puberté, et cite, à titre exceptionnel, comme Serrière, du reste (1866), l'observation de Godefroy, dont nous reparlerons plus loin dans notre argumentation.

En 1873, Guéretin se désintéresse un peu moins de la question, et rapporte deux observations, intéressantes, l'une de Smellie, l'autre, de Le Gendre, dont nous nous occuperons aussi ; il en est de même de Robert Barnes (1875), qui a eu l'occasion d'inciser l'hymen chez de très jeunes enfants.

Courty (1881), Churchill (1881), Bernutz (1888), Nélaton (1884), se préoccupent surtout de la puberté, et si Hégar et Kalténbach (1885) signalent la rétention de produits muqueux dans le vagin, ils expriment aussi l'avis, qu'on s'est rarement vu obligé d'intervenir chirurgicalement.

Et c'est toujours la même idée que nous avons retrouvée, chez différents auteurs, dont nous nous contenterons de citer les noms, pour ne pas rendre une énumération trop fastidieuse : L. H. Petit (1889), Follin (1888), Pozzi (1890), Debierre (1892), Michaud (1889), Labardie-Lagrange et Legueu (1898), Rivalta

(1898), Altman (1894), Barnéche (1889), Piou (1897), Piechaud (1900), Pichevin (1901), Deschamps (1904), Comby (1904), Kirmisson (1906), Kendirdjy (1907).

Ajoutons cependant, que Le Gendre et Broca, dans un ouvrage tout récent (1908), insistent un peu plus, sur l'accumulation de mucus derrière l'obstacle, formé par l'hymen imperforé, et, sur la formation de tumeurs, pouvant par compression du rectum et du canal de l'urèthre, déterminer des accidents.

Donc, l'impression qui paraît se dégager de toutes les opinions que nous venons de relater, est bien nette; nous pouvons la résumer dans la proposition suivant :

« L'Imperforation de l'hymen n'offre aucun inconvénient avant la puberté. »

Mais il n'en est peut-être pas toujours ainsi, et, c'est cette démonstration que nous allons essayer d'entreprendre, et qui va faire l'objet de cette étude.

Séduit par le côté nouveau de cette question, nous avons multiplié nos recherches bibliographiques, quelquefois pénibles, car nous ne possédons pas le don d'être polyglotte, pour réunir le plus de documents possible; avec ceux que nous avons pu nous procurer, et, nous ne pensons point en avoir oublié, nous espérons montrer la question de l'imperforation de l'hymen sous un autre jour, et attirer l'attention de tous ceux, qui, dans le monde médical, sont plus particulièrement intéressés, par les maux de la première enfance.

Et, puis enfin, le dirons-nous, n'est-il pas possible

d'éviter à la jeune fille, qui, plus tard comme jeune femme et comme jeune mère, doit être exposée à une foule de dangers pathologiques, une source de souffrances?

Est-il bien difficile aussi, de reprendre, d'une façon plus systématique encore, cette recommandation, d'un gynécologue danois, Hirschsprung (1877), dont nous allons reproduire plus loin deux observations, qui insistait tout spécialement auprès des accoucheurs et des sages-femmes, pour que l'examen des organes génitaux des nouvelles-nées fût fait de la façon la plus minutieuse?

OBSERVATIONS

Avant d'aborder et d'entrer dans le vif de notre sujet, nous croyons utile de donner immédiatement les observations que nous avons recueillies ; nous en avons réuni treize, dont quelques-unes trouvées chez des auteurs étrangers, et que nous avons été obligé de faire traduire : que les personnes, qui, en cette circonstance, ont bien voulu nous prêter leurs concours, et nous faire profiter de leurs lumières, reçoivent ici tous nos remerciements !

I. — OBSERVATION DE SMELLIE (1754)

(Traité de l'art des accouchements, t. II)

En janvier 1754, on m'amena une petite fille âgée de 5 ou 6 ans dont l'hymen était imperforé, il avait cependant été ouvert deux fois par un chirurgien, mais les lèvres de l'incision qu'il y avait faite, s'étaient réunies les deux fois.

Je fis une nouvelle ouverture dans le même endroit avec un bistouri, ensuite je la dilatai par degrés, d'abord avec mon petit doigt, puis avec le doigt indice que j'introduisis dans le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice. Pour lors,

j'emportai avec des ciseaux une petite portion de l'hymen, qui laissait encore une bride près du frein, ensuite, j'introduisis une tente d'une grosseur proportionnée au diamètre de l'ouverture, et j'eus soin de l'assujettir en place par des compresses, et un bandage convenable.

II. — OBSERVATION DE GODEFROY (1856)

« Imperforation de la membrane hymen produisant des accidents chez une enfant de deux mois. Opération. Guérison ».

(Gazette des Hôpitaux, p. 567)

Le 30 septembre 1856, Mme D....., me fit examiner sa petite fille, âgée de 2 mois; elle réclamait mes conseils pour une tumeur que l'enfant portait à la vulve, et qui augmentait de volume pendant les cris et les efforts de la défécation et de la miction. Cette enfant, qui est une jumelle, était pâle, grêle, chétive. Le ventre était dur et tendu. En écartant les grandes et les petites lèvres, on apercevait l'orifice du vagin occupé par une petite tumeur molle, hémisphérique, du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, et adhérente à la circonférence vaginale par tout le pourtour de sa base. Cette tumeur d'un blanc bleuâtre, était indolente. Le toucher y faisait reconnaître une sorte de fluctuation. La pression la déprimait, mais elle ne tardait pas à reprendre son volume primitif, aussitôt que l'on cessait de la comprimer.

Reconnaissant à ces signes une imperforation de l'hymen avec rétention d'un liquide, je n'hésitais pas à pratiquer au centre de la tumeur une ponction d'environ 5 millimètres d'étendue.

Cette ouverture donna issue à un liquide visqueux, filant comme du blanc d'œuf, très épais, en tout semblable au mucus utérin, et dont je fus obligé de favoriser la sortie, en le prenant avec un linge, et, en comprimant légère-

ment le ventre de l'enfant. Après en avoir retiré environ une bonne cuillerée à café, un brin de charpie fut introduit entre les lèvres de la petite plaie, afin de s'opposer à leur réunion immédiate. Cet hymen très vasculaire était très fort, il avait bien 2 millimètres d'épaisseur, et lors de sa section, quelques gouttes de sang s'écoulèrent.

J'ai revu cette enfant, les deux lèvres de la plaie sont cicatrisées isolément, et elle se retrouve actuellement dans des conditions normales. N'ayant fait qu'une incision au centre de l'hymen imperforé, et nulle perte de substance, comme on recommande et avec raison de le faire chez les adultes, il est à craindre que plus tard (à la puberté) il ne reste plus de mon incision qu'un pertuis incapable de donner un écoulement aux règles; mais la crainte d'un écoulement de sang chez un sujet aussi jeune m'a détourné de l'excision.

III. — OBSERVATION DE LE GENDRE (1866)

(Gazette des Hôpitaux, page 300)

Antoinette S. . . , âgée de 3 ans, me fut présentée par sa mère comme n'étant pas faite comme les autres. Après quelques explications préalables, je visitai l'enfant et je constatai une occlusion complète du vagin, fermé par l'hymen. Je pratiquai une incision cruciale sur cette membrane de texture fibreuse et selon la méthode arabe. Je fabriquai un suppositoire avec un mélange de cire et de miel, d'une consistance assez ferme et d'un calibre convenable, que j'introduisis dans le vagin de l'enfant, en vue d'obtenir la cicatrisation isolée de chacun des lambeaux de l'hymen.

Le troisième jour, le suppositoire tomba et la cicatrice était complète.

De ce qui précède, on peut en inférer que si la mère de

cette petite fille ne s'était pas aperçue de ce vice de conformation, l'enfant devenue pubère aurait été exposée à tous les désordres qui surgissent dans ce cas, et ceci prouve aussi l'importance de s'assurer de l'état des organes des enfants naissants.

IV. — PREMIÈRE OBSERVATION D'HIRSCHSPRUNG (1876)

(Gynœkologiske og obstetriciske Meddeleher, pages 42 à 49)
(Traduit du danois)

Anne-Marie L..., 16 mois, entrée à la Polyclinique des enfants le 1^{er} août 1876; sa mère s'était aperçue, après sa naissance, d'une petite tumeur faisant saillie à l'entrée du vagin. Elle apparaissait seulement quand l'enfant criait, et comme cette dernière semblait ne pas en souffrir, un médecin n'avait pas été consulté.

A l'examen, on constatait une petite tumeur ronde et molle, de la grosseur d'une noisette et d'aspect blanchâtre; sa tunique était sillonnée de petits vaisseaux minuscules, ramifiés avec ceux des parties voisines. Sur le bord antérieur de la tumeur, on apercevait parfaitement l'extrémité de l'urèthre. Au repos, la tumeur ne s'apercevait plus, mais revenait distincte quand l'enfant criait; elle avait l'aspect d'une ampoule aux parois très minces. On fit une incision et on recueillit à la suite 4 à 5 grammes d'un liquide blanchâtre.

Les bords de la plaie semblant s'être rapprochés, dès le lendemain on fut obligé d'introduire une sonde, et chaque jour on renouvela l'opération avec une sonde d'un numéro plus élevé que celui de la veille; plus tard, ce fut à des intervalles plus espacés. A la suite de cette manœuvre, la plaie resta facilement ouverte et, le 10 octobre, on put constater que l'ouverture se maintenait sans difficulté, bien qu'on renouvelât seulement les sondages tous les quinze

jours. Le dernier fut pratiqué, après une longue interruption, le 13 décembre.

L'entrée du vagin demeura libre et l'état général de l'enfant fut tout le temps satisfaisant.

V. — DEUXIÈME OBSERVATION D'HIRSCHSPRUNG (1877)

(Gynækologiske og obstetriciske Meddelelser, pages 42 à 49)

(Traduit du danois)

Thyra S..., 5 mois, entrée à la Policlinique le 25 juin 1877, élevée au biberon.

Elle nous fut amenée à la consultation parce qu'on avait, à sa naissance, constaté une tumeur située dans la région génitale; selon l'accoucheuse, c'était un prolapsus de l'utérus.

Jusqu'à ce moment rien d'anormal, sauf cependant un œdème assez considérable, de temps en temps, des grandes lèvres.

En dernier lieu, cependant, l'enfant avait de l'embarras gastrique et maigrissait; elle était pâle, abattue et commençait à donner des symptômes de rachitisme.

Les grandes lèvres étaient grosses, œdématisées et le vagin complètement fermé par suite de l'imperforation de l'hymen; la tumeur était molle et ne faisait pas saillie au-dehors. Cette constatation, renouvelée peu de jours après, contr'indiqua l'intervention immédiate.

Le 31 août, à un examen nouveau de l'enfant, la situation se trouva modifiée.

Un liquide rougeâtre refoulait en avant l'hymen, ce dernier avec l'aspect hémiglobuleux et, au toucher, on le sentait tendu et élastique. De fréquentes envies de défécation faisaient ouvrir l'anus, où l'on remarquait de nombreuses fissures.

Le toucher rectal permit de constater que la paroi antérieure de l'intestin était très convexe et on perçut de même au niveau du pubis de la fluctuation.

Après avoir vidé la vessie, on fixe l'hymen à l'aide d'une pince hémostatique, et on lui fait une incision en forme d'ellipse; nous recueillons environ deux cuillerées à bouche de pus, extrêmement fétide. On introduit sans difficulté une sonde à deux pouces avant de rencontrer le fond; l'hémorragie est insignifiante.

Aucune réaction n'accompagne l'intervention chirurgicale.

Chaque jour on maintient libre l'ouverture faite par l'incision à l'aide de dilatateurs, la plaie ne tend pas à se rétrécir. L'écoulement, peu considérable au début, s'arrête bientôt.

On examine la malade pour la dernière fois le 8 octobre, et on peut introduire sans la moindre difficulté une sonde de la grosseur d'une olive moyenne.

VI. — OBSERVATION DE BREISKY (1886)

« Hydrocolpos par imperforation de l'hymen »

(Die Krankheiten der Vagina, page 17)

(Traduit de l'allemand)

L'enfant pèse 3.500 grammes, est forte et bien constituée

Le vagin est fermé par une membrane de couleur jaunâtre, une petite tumeur de la grosseur d'un pois fait saillie. Cette membrane recouvre entièrement la surface d'entrée du vagin, de nombreux petits vaisseaux sillonnent tout autour.

Elle est incisée, et, on obtient une assez grande quantité de mucus; à l'examen microscopique, on y retrouve des cellules épithéliales pavimenteuses.

VII. — OBSERVATION D'E. J. CHAPIN-MINARD (1892)

Imperforation de l'hymen chez un enfant

(The New-York Medical Journal, page 299)

(Traduit de l'anglais)

Anna M..., âgée de 4 ans, et de nationalité américaine, me fut amenée par sa mère, à ma clinique; elle me dit que

sa petite fille avait quelque chose d'anormal, et, me pria de l'examiner. L'enfant était blonde, grasse, bien nourrie, avec une physionomie d'enfant heureux. En la baignant, sa mère avait découvert, qu'elle n'avait pas de porte d'entrée, comme les autres enfants.

Elle avait pris l'avis d'une personne amie et voulait voir un médecin.

L'examen des organes génitaux, qui avaient l'air bien conformés, révéla la fermeture complète de l'entrée du vagin, due à un hymen complètement imperforé.

La membrane fut fendue d'avant en arrière, et, après avoir pris les précautions aseptiques nécessaires, un pansement de coton iodoformé, et un bandage en T furent appliqués, et au bout de trois jours ce fut cicatrisé.

Il y avait des restants d'hymen sur les côtés de l'ouverture du vagin, et, ce dernier, sans aucune malformation, permettait à volonté, l'introduction d'une sonde de Peasle de dimension moyenne.

VIII. — OBSERVATION DE VITRAC JUNIOR (1900).

Hydrometrocolpos congénital par imperforation de l'hymen
Accidents de compression dès la naissance.

Rétention de 200 grammes de mucus.

Due à l'obligeance de M. le docteur Vitrac Junior (de Libourne)

Mme M..., âgée de 32 ans et demi, mit au monde le 7 décembre 1899, à terme, un enfant du sexe féminin. C'était sa quatrième grossesse, deux enfants étaient nés prématurément à sept mois (26 et 28 ans) ; puis, elle avait fait à 30 ans une fausse couche de deux mois. En juillet 1898, j'avais opéré Mme M..., d'un volumineux kyste hydatique de la face convexe du foie (1.040 grammes, ponction et injection de liqueur de Van Zwieten): elle était complètement guérie quand elle devint enceinte pour la quatrième fois. Cette dernière grossesse avait été normale. Pas de syphilis.

L'enfant est né petit et chétif, avec une peau dure et ratatinée qui a fait croire tout d'abord qu'il était atteint de sclérome. C'est même cela qui a empêché dès le début, qu'on attachât de l'importance à deux symptômes de grande valeur, qui indiquent bien, que la tumeur vaginale était déjà constituée, savoir de l'œdème de tout le membre inférieur gauche et la saillie anormale de la vulve et du périnée, qui bombaient entre les cuisses et qui étaient également œdematiés.

Pendant les deux premiers jours, l'enfant crie et refuse le sein ; le troisième jour, le docteur Petit, remplaçant mon père, le docteur E. Vitrac, constate que le ventre est très distendu et très résistant ; cependant le méconium a été bien expulsé et il y a eu même quelques selles verdâtres.

Le quatrième jour, je vois l'enfant avec le docteur E. Vitrac. La peau du ventre est violacée, amincie, très tendue, comme prête à se rompre. L'abdomen renferme une tumeur globuleuse élastique, mate, qui remonte jusqu'à travers de doigt au dessus de l'ombilic. Nous pensons aussitôt qu'il s'agit d'une vessie distendue, et ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que la nourrice et la sage-femme se rappellent avoir remarqué que les linges de l'enfant n'ont pas été jusqu'à présent souillés par l'urine.

C'est alors que nous examinons la vulve, croyant y rencontrer quelque vice de conformation de l'urètre.

Toute la vulve, le périnée et l'anus pointent en bas entre les cuisses les grandes lèvres sont saillantes et épaissies ; elles descendent jusqu'à 2 centimètres au dessous du pli génito-crural. Au-dessous de la fourchette, l'anus est saillant en avant et béant ; à travers son orifice, on voit bomber la paroi antérieure du rectum.

Le clitoris est normal et, entre les petites lèvres on voit la paroi vaginale qui bombe et qui présente au milieu une petite traînée rougeâtre. Je crois à tort que nous avons sous les yeux la paroi postérieure du vagin, et que cette traînée n'est qu'une ecchymose, car la coloration de toute la vulve

et du périnée est rouge et violacée, absolument comme la peau de l'abdomen. En déprimant ce que nous croyons être la paroi postérieure du vagin, on libère le bord inférieur du pubis; dans notre idée, c'est par là que doivent se trouver et l'urètre et l'orifice vaginal. Et, en effet, nous pouvons arriver à insinuer une sonde qui, rencontrant le méat remonte dans l'urètre et puis laisse écouler, après 4 à 5 centimètres de trajet, une urine claire et limpide.

La vessie contenait 450 centimètres cubes d'urine qui furent évacués en plusieurs fois, la sonde laissée à demeure étant alternativement bouchée et débouchée.

L'enfant cessa presque aussitôt de crier et parut vouloir téter, l'abdomen diminua beaucoup de volume, ainsi que la saillie du périnée et des grandes lèvres, nous pensâmes que les modifications de ces régions étaient provoquées par un œdème dur, ainsi que par une infiltration de la cloison recto-vaginale, dont la cause nous semblait devoir être la même que celle de l'œdème du membre inférieur gauche, mais qui restait somme toute inexpliquée. Peut-être la rétention d'urine dans la vessie était-elle l'origine d'une compression qui avait atteint tous les vaisseaux du petit bassin et les vaisseaux iliaques gauches? Mais alors qu'elle était la cause de cette rétention? C'est sur quoi nous ne pouvions pas nous prononcer.

Les jours suivants, l'enfant sembla se remonter peu à peu; l'œdème de la cuisse gauche avait disparu; le périnée et la vulve étaient moins saillants, mais il n'y avait pas de mictions spontanées. Il fallait pratiquer des cathétérismes deux fois par jour. En outre on remarqua que, même lors que la sonde avait expulsé le contenu de la vessie, le bas-ventre était le siège d'une tuméfaction manifeste.

C'est alors que je revis le bébé. A trois travers de doigt au dessus du pubis, on sentait une tumeur dure, dont le bord supérieur était arrondi en demi-cercle; comme c'était cette tumeur qui augmentait et diminuait alternativement dans des intervalles des cathérismes, il s'agissait assuré-

ment de la vessie, mais d'une vessie pathologique et géante car il était difficile d'expliquer autrement la résistance de cet organe et son volume, excessif même à l'état de vacuité. En outre, au dessus de la vessie, on sentait nettement une tumeur qui dépassait l'ombilic ; au devant d'elle, les anses intestinales venaient se loger et masquer en partie ses divers caractères. Elle paraissait plonger en arrière de la vessie et être absolument immobilisée. La consistance paraissait être un peu élastique, mais dure, si bien que, ayant agité la question de l'opportunité d'une ponction, nous crûmes qu'elle était inutile, tellement la solidité de la tumeur nous paraissait indéniable.

A ce moment, je n'eus plus l'idée de pratiquer un nouveau toucher rectal (que j'avais déjà fait lors du premier examen), et, quant au gonflement du périnée et des grandes lèvres qui avait persisté, quoique très diminué, je crus devoir maintenir qu'il s'agissait seulement d'une infiltration œdémateuse très tendue.

Je répète que je croyais la paroi recto-vaginale œdématisée, et l'orifice vaginal tout à fait normal.

C'est là évidemment la cause de notre erreur, et j'avoue ne pas avoir pensé que la tumeur abdominale pût être le prolongement supérieur d'une tumeur liquide du vagin.

En résumé, je pensais que nous étions en présence d'une tumeur solide congénitale du bassin et de l'abdomen, ayant déterminé à la fois :

Par compression de l'urètre ou du col de la vessie, la rétention d'urine.

Et, par compression des vaisseaux hypogastriques et iliaques externes, les troubles trophiques du périnée et du membre inférieur gauche.

Dans notre idée, la vessie dure, épaisse, et restée si volumineuse en état de vacuité, devait avoir des connexions intimes avec la tumeur incriminée.

Dans ces conditions, la thérapeutique nous parût devoir être uniquement symptomatique.

Les cathétérismes furent donc continués régulièrement, et, du reste, à plusieurs reprises l'enfant urina spontanément.

Mais peu à peu l'état général s'était aggravé.

Les urines devinrent purulentes, et quelques foyers de broncho-pneumonie firent leur apparition.

Le 11 janvier 1900, trente-trois jours après la naissance, je fus appelé pour faire l'autopsie.

Il y avait du pus un peu partout dans la cavité abdominale, et, surtout dans le voisinage du rein gauche.

Toutefois, il n'y avait aucune adhérence entre les anses intestinales et la surface de la tumeur vaginale.

La cause immédiate de la mort a été une péritonite généralisée consécutive à une perforation du bassinet gauche, celui-ci ayant été infecté par voie ascendante.

J'ajoute qu'aucun organe, en dehors de l'appareil génital, n'était atteint d'une anomalie quelconque.

IX. — OBSERVATION DE BUDIN (1903)

(L'Obstétrique, p. 461)

Enfant chez laquelle existe une imperforation de l'hymen. Quand elle fait des efforts, on voit saillir entre les petites lèvres, une surface convexe un peu translucide avec de haut en bas une sorte de raphé médian. Ce sont probablement des glaires accumulées derrière la paroi qui fait saillie. On ne trouve pas trace d'hymen. Il semble que la saillie est formée par l'extrémité inférieure du vagin imperforé, et qu'une petite incision de haut en bas, remettra les choses dans leur état normal, ce qui évitera plus tard la rétention des menstrues.

Dans le cas présent, il s'agit d'une cloison du vagin, qui siège à la région inférieure. Cette cloison est refoulée en bas, et vient s'appliquer sur l'hymen. C'est l'extrémité inférieure du vagin, c'est-à-dire l'hymen qui est imperforé.

X. — OBSERVATION DE COMMANDEUR (1904)

Imperforation de l'hymen avec hydrocolpos.

**Incision. Evacuation de 100 gr. de liquide d'aspect laiteux.
Guérison.**

(L'Obstétrique, p. 344-345).

L'enfant était une fille vigoureuse de 3,810 grammes. Le lendemain de la naissance, la sage-femme aperçut lorsque l'enfant criait, quelque chose qui pointait entre les petites lèvres, comme s'il y avait eu chute de matrice. L'urètre était perméable et, l'anus bien conformé. Au moyen d'un stylet, on trouva un cul-de-sac tout autour de la tumeur qui faisait saillie entre les petites lèvres.

L'hymen était imperforé, et, repoussé en avant : le diagnostic fut : Oblitération complète de l'hymen avec collection liquide occupant le vagin.

Une incision au bistouri fut pratiquée d'avant en arrière, de l'urètre à la fourchette ; il s'écoula un liquide blanchâtre un peu visqueux et filant, il y en avait environ 100 c. c.

Les suites opératoires furent très simples ; l'analyse du liquide montre qu'il s'agit d'un produit de sécrétion de la paroi vaginale.

Cet hydrocolpos par imperforation de l'hymen est ordinairement une lésion bénigne, mais elle peut cependant s'accompagner de dilatation utérine.

XI. — OBSERVATION DE L. LAROYENNE (1904)

Imperforation de l'hymen. Pyocolpos ferme.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Laroyenne).

Joséphine B..., 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. Vallas que nous avons l'honneur de suppléer, le 20 novembre 1903.

Elle n'a jamais été réglée ; depuis quinze jours, elle se plaignait de malaises vagues : céphalée, douleurs lombaires qui pourtant ne l'empêchaient pas de continuer son travail de domestique. Mais avant-hier soir, les douleurs lombaires et abdominales augmentèrent, elle se trouva dans l'impossibilité d'uriner et consulta un médecin, qui, après l'avoir soulagée par le cathétérisme vésical, la détermina à entrer à l'hôpital. Actuellement elle souffre beaucoup, mais surtout par le fait de la rétention d'urine qui s'est reproduite. On constate l'imperforation de l'hymen qui bombe rouge, tendu, fluctuant. L'hypogastre est distendu et douloureux à la palpation, celle-ci fait reconnaître une tuméfaction qui atteint l'ombilic ; à ce niveau, on croit percevoir assez nettement l'utérus à peu près sur la ligne médiane, et à sa droite, accolé à lui, on sent un petit cordon allongé qu'on suppose être une trompe. La température rectale est de 38°,6. On pense à un hémocolpos, et le lendemain, sans anesthésie, on incise l'hymen au thermocautère, crucialement et progressivement de façon à n'avoir point une évacuation trop brusque de la collection. Celle-ci est composée par 500 ou 600 gr. d'un pus bien lié, homogène, ne renfermant pas de caillots : recueilli bien aseptiquement, ce pus fut analysé au point de vue bactériologique par M. Paul Courmont, à l'extrême obligeance de qui nous devons la note suivante :

1° **Examen du pus.** — On a trouvé surtout de petits diplocoques gardant le Gram, quelques streptocoques en chaînettes courtes.

2° **Culture en bouillon.** — Staphylocoques à gros grains et streptocoques à grains petits gardant le Gram.

3° **Culture dans le vide.** — Semblable à culture en bouillon ; pas d'anaérobie.

4° **Culture sur agar.** — Mêmes résultats qu'en bouillon ; culture de staphylocoques, branche crémeuse avec quelques colonies de streptocoques.

5° **Culture sur gélatine.** — Liquéfaction de la gélatine par les colonies de staphylocoques. Donc pus à staphylocoques blancs et à streptocoques.

Après l'incision de l'hymen, le toucher vaginal permit de sentir un vagin distendu, à parois un peu rugueuses, et un utérus vaginal fermé, qui n'avait pas dû participer à la distension. Il s'agissait donc d'un pyocolpos sans pyométrie. On plaça et on renouvela pendant quelques jours une mèche vaginale ; les suites de cette petite opération furent extrêmement simples. La température tomba immédiatement ; la malade, depuis lors, a continué à se bien porter, et elle nous a écrit deux mois après, que ses règles venaient d'apparaître pour la première fois.

XII. — OBSERVATION DE PIOLLET (1906)

Un cas d'imperforation du vagin avec accumulation de mucus dans la cavité vaginale distendue

(Due à l'obligeance de M. le professeur Piollet (de Clermont-Ferrand))

Le petite A., âgée de 12 ans, me fut amenée, le 13 juin 1906, par mon ami le docteur Papon de Combroude, dans les conditions suivantes. Cette enfant, bien portante jusque là, avait été prise brusquement, deux mois auparavant, de douleurs abdominales vives, accompagnées de rétention d'urine ; le cathéterisme de l'urètre fut pratiqué à deux reprises et, au bout de deux jours, tout rentra dans l'ordre.

Quatre semaines après, nouvelle crise semblable ; enfin, après trois autres semaines, survient une dernière crise, nécessitant encore le sondage. Je vois l'enfant le lendemain de la fin de cette dernière crise douloureuse.

La mère, interrogée, m'apprend qu'elle avait été réglée à 12 ans.

A l'examen de l'enfant, le 13 juin, on constate que la vulve est bien formée ; le clitoris, le méat urinaire sont

normaux, de même que l'anūs. L'orifice vaginal paraît exister ; il est entouré d'une petite collerette qui semble être l'hymen, très réduit ; mais à un centimètre au-dessus de l'orifice, on trouve une membrane rosée, bombant à l'extérieur, et qui paraît épaisse. Tout le tour existe un sillon assez profond (1 cm.), mais où nulle part ne pénètre un stylet. Au toucher rectal, on sent une tumeur molle, fluctuante, plus grosse que le poing, située en avant du rectum et remontant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. En haut, elle est coiffée d'un petit corps dur, un peu allongé, qui paraît être l'utérus remonté et rejeté un peu à gauche.

Le 15 juin, après une préparation très soignée au point de vue aseptique, l'enfant (assez indocile) fut, avec l'aide du docteur Papon, anesthésiée au chloroforme, et je pratiquai au bistouri une incision longitudinale de la membrane obturant le vagin ; cette membrane très épaisse comprenait : d'abord la muqueuse du vestibule, ensuite une couche d'un demi-centimètre environ de tissu cellulaire et, enfin, une deuxième muqueuse, la muqueuse vaginale.

Aussitôt celle-ci incisée, il s'écoula un flot de liquide tout à fait différent de celui auquel je m'attendais. J'y reviendrai. Je laissai l'écoulement se faire lentement, prolongeai l'incision en haut, en forme d'Y, de chaque côté du méat, puis je lavai la cavité à l'eau stérilisée et voulus m'assurer avec le doigt que j'étais bien dans le vagin ; effectivement, je sentis, tout à fait en haut de cette vaste poche, la petite saillie conique du col utérin, faisant suite au corps d'un utérus tout petit, très mobile, et à côté duquel je ne pus pas sentir les annexes. Quelques points de suture au catgut sont posés aux angles de l'incision pour que l'orifice créé ne se rétrécisse pas, et le vagin est tamponné avec des mèches entourant un drain.

L'écoulement fut assez abondant pendant quelques jours, toujours leucorrhéique, et l'enfant guérit sans incident, sans la moindre élévation thermique, notamment.

Avant son départ, je l'examinai au speculum et pus voir, tout en haut de la cavité vaginale, de teinte blanc rosé, le museau de lanche qui me sembla normal et de teinte plus rosée.

J'ai su depuis que la fillette est en très bonne santé, mais qu'elle n'a pas eu ses règles.

Je viens aux caractères du liquide contenu dans cette poche. Nous attendant à voir sortir du sang plus ou moins modifié, nous ne fûmes pas peu surpris, le docteur Papon et moi, de voir s'écouler un liquide jaune clair, filant et visqueux, ressemblant à du pus, mais sans aucune odeur ; il y en avait plus de 500 grammes (quantité recueillie). Ce liquide fut examiné par M. Milliet, pharmacien à Clermont-Ferrand, qui nous a donné la note suivante :

Examen de liquide pathologique

Couleur : blanc jaunâtre ; odeur : fade non putride ; consistance : très peu fluide, très visqueux, très élastique, coule d'une pièce ; uniformément trouble : le liquide ne se sépare en plusieurs couches.

Réaction : alcaline. — Densité à 15° : 1,032.

Au point de vue chimique, on constate la présence :

De mucine en grande quantité ;

De nucléo-albumine en petite quantité ;

Pas de fibrine ;

Sérine en assez grande quantité.

A l'examen microscopique, on trouve, après centrifugation :

Des leucocytes, pour la plupart polynucléaires ;

Des plaques de mucus ;

Quelques cristaux de cholestérine ;

Pas de globules sanguins ;

Pas d'épithélium pavimenteux, ni cylindrique.

XIII. — OBSERVATION DE P. RUDAUX (1906)

**Rétention d'urine chez un nouveau-né du sexe féminin.
Compression de l'urèthre par une accumulation de
mucus dans le vagin.**

(Annales de gynécologie, page 746)

Fille de 3.500 grammes.

Le lendemain de la naissance, on n'avait encore constaté aucune trace d'urine dans les couches.

Véritables spasmes semblant correspondre à des efforts de mictions faits par l'enfant à différents moments de la journée. Chacune de ces crises s'accompagnait d'agitation et de gêne respiratoire, le facies s'altérait et devenait violacé.

A l'inspection, je constatais un très léger oedème sus-pubien et une certaine tension de toute la région hypogastrique. Au niveau des organes génitaux externes, j'aperçois une saillie grosse comme un pois, qui fait hernie entre les petites lèvres, et qui est constituée par l'hymen refoulé en avant.

La consistance est molle, mais légèrement tendue ; en la saisissant entre un index placé à la partie supérieure de la vulve, et l'autre index déprimant la région périnéale, je fais sortir par la pression du mucus épais, presque pulpeux.

L'orifice hyménéal a des dimensions restreintes, il admettait à peine la tête d'une épingle. Je cathétérise cet orifice avec un gros crin de Florence plié en deux, en me servant de l'anse du crin. Je puis ainsi dilacérer le mucus contenu dans le vagin et en ramener une assez grande quantité au dehors, en faisant un véritable écouvillonnage.

L'hymen se détend peu à peu et la saillie fond sous les yeux, à mesure que le mucus est chassé au dehors par des pressions faites de bas en haut sur la région ano-périnéale.

Le vagin paraissait à peu près vide ; j'introduisis alors l'anse d'un autre crin de Florence dans le méat, d'où sortirent d'abord un peu de mucus et, brusquement, un flot d'urine foncée qui fut projeté à grande distance, prouvant ainsi qu'elle était retenue sous pression dans la vessie. A partir de ce moment, tout phénomène nerveux disparut et, pendant la nuit, il y eut des mictions spontanées ; des compresses humides chaudes avaient été appliquées sur les régions sous-ombilicales et vulvaires.

Le lendemain matin, l'œdème sus-pubien n'existait plus, le ventre avait une consistance normale et l'enfant se développe régulièrement.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

sur la Membrane Hymen

Le titre même de ce chapitre indique suffisamment notre intention de nous en tenir à quelques réflexions, sur la disposition anatomique de la membrane hymen, sur ses différentes formes, sur sa constitution, sur le développement embryologique des organes génitaux externes, et, enfin, sur le rapport du vagin avec les différents organes pelviens. Autrement, nous ferions peut-être double emploi, car en dehors des ouvrages spéciaux, plusieurs thèses ou mémoires : Roze (1865) ; Serrière (1866) ; Bonnacaze (1872) ; Guerehin (1873) ; Brouardel (1879) ; Barnetche (1889) ; Altmann (1893) ; Piou (1897) ; Rivalta (1898), se sont assez longuement entretenu de cet organe spécial.

On désigne sous le nom d'hymen, une cloison incomplète qui se dresse à la limite respective des deux conduits, vaginal et vulvaire (Testut, 1901).

Nous acceptons d'autant plus volontiers cette définition, qu'elle nous permettra de ne pas discuter, et de rappeler ici seulement pour mémoire, les opinions

émises successivement par Budin (1879) et Pozzi (1890).

Tandis que pour le premier, l'hymen serait l'extrémité antérieure du vagin, doublée par la muqueuse vulvaire, pour le second, il se rattacherait à la vulve (bride masculine de Pozzi).

Nous nous contentons de signaler les idées de ces deux savants, sans vouloir essayer de prendre parti : cela nous entraînerait à de trop longs développements, qui nous feraient sortir du cadre de notre sujet, plutôt pathologique.

La forme de cette membrane est essentiellement variable, mais nous la ramènerons à trois types : le type annulaire, le type semi-lunaire, et le type labié ; il en est de même de ses dimensions : sur certains sujets, elle présente à peine 2 ou 3 millimètres de diamètre ; sur d'autres elle se confond avec l'orifice vulvo-vaginal et se trouve réduite à un simple bourrelet de la muqueuse, disposé en forme d'anneau sur le pourtour de l'orifice précité (D'après Testut).

Ajoutons enfin que chez le nouveau-né, ont fait pénétrer une bougie ayant 0,009 de diamètre (Pozzi, 1898), et que cette ouverture peut se réduire à la grosseur de la tête d'une épingle (Rudaux, 1906).

Histologiquement, l'hymen est constitué par un repli muqueux entre les deux feuillets duquel s'interpose une couche de tissu conjonctif, très riche en fibres élastiques, et dont le développement est des plus variables ; c'est ce qui fait qu'à côté d'hymens minces, peu résistants, on en trouve de plus épais et plus charnus, remarquables par leur résistance (Testut.

1901) ; cette constatation offre quelque intérêt à propos du traitement, et nous le signalerons lorsque nous nous en occuperons.

C'est maintenant à l'embryologie que nous allons nous adresser pour avoir quelques données sur le développement des organes génitaux externes.

Ils se développent de très bonne heure (embryon de 11-13 millimètres, Nagel) chez le mâle et la femelle au pourtour du cloaque : c'est une fossette située à l'extrémité du corps de l'embryon, et dans laquelle débouchent l'intestin terminal et l'allantoïde. L'extrémité de cette dernière forme le sinus uro-génital où s'ouvrent accolés l'un à l'autre, les canaux de Müller et les canaux du rein primordial.

Le cloaque se plisse. Ses replis s'unissent pour former le périnée. Il est ainsi divisé en une partie antérieure, en continuité avec le sinus uro-génital, et en une partie postérieure qui se constitue avec le rectum (anus).

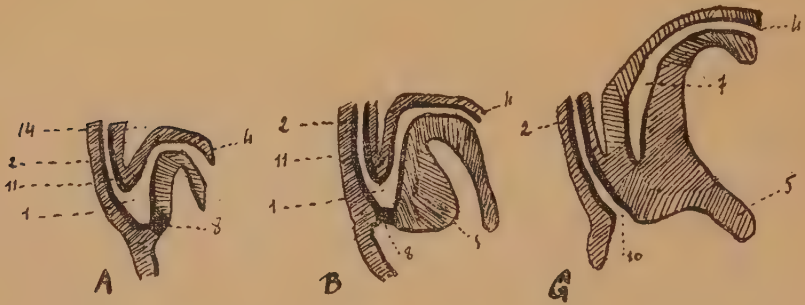
Au bord antérieur du cloaque, plus tard le sinus uro-génital se forme dans les deux sexes un tubercule génital, qui présente à sa face inférieure une gouttière limitée par les deux replis génitaux. Le tubercule et l'orifice du cloaque situés en arrière de lui (orifice du sinus uro-génital) sont entourés par les bourrelets génitaux.

Chez la femelle, le tubercule génital reste petit et devient le clitoris. Les replis génitaux deviennent les petites lèvres, les bourrelets génitaux donnent les grandes lèvres. Le sinus uro-génital reste court et large ; il forme le vestibule du vagin où s'ouvre le vagin

(extrémité des canaux de Müller) et l'extrémité de l'allantoïde ou de la vessie, c'est-à-dire l'urèthre. (D'après Hertwig, 1906).

Nous pouvons nous demander maintenant quel est le rapport qui existe entre les malformations congénitales des organes génitaux externes et leur développement embryologique. La question paraît assez délicate, et, pour la résoudre, nous allons avoir recours à un article de Tourneux (1899), où ce savant s'occupe des malformations congénitales de la région ano-génitale au point de vue embryologique.

C'est à la membrane cloacale, membrane épithéliale qui obture superficiellement le cloaque, qu'échoit le principal rôle dans la production des malformations congénitales de cette région.



A, B, C, coupes longitudinales (sagittales et axiales) de la région ano-génitale, représentant trois stades successifs du développement chez l'embryon humain dans le cas de descente de l'éperon périnéal, avec membrane cloacale réduite à son segment postérieur en aval. Sur la coupe C, le sinus uro-génital est imperforé. 1, cavité cloacale. — 2, tube intestinal. — 4, canal allantoïdien. — 5, tubercule génital. — 7, vessie. — 8, membrane anale. — 10, orifice anal. — 11, éperon périréal. — 14, cavité péritonéale. (Schéma d'après Tourneux).

L'éperon périnéal, repli interposé entre l'intestin et le pédicule allantoïdien, appelé ainsi par Koelliker, accomplissant son mouvement de descente et séparant complètement le sinus uro-génital du rectum rencontre une membrane cloacale, didermique anormalement développée et présentant des dimensions réduites.

Cette réduction peut porter, soit sur le segment uro-génital de la membrane cloacale, soit sur le segment postérieur. Dans le premier cas, le sinus urogénital se trouvera détaché du rectum par l'abaissement du repli périnéal, et se terminera en cul-de-sac ; il y aura un orifice anal, mais la fente uro-génitale fera défaut.

Si le segment superficiel du sinus uro-génital est directement intéressé, nous aurons une occlusion du conduit vaginal.

Après cet aperçu embryologique, que nous avons essayé de faire le plus court possible, il nous paraît maintenant aussi intéressant qu'utile de dire quelques mots, et de l'origine des sécrétions que nous verrons s'accumuler dans le vagin, et des rapports de ce dernier avec les différents organes pelviens qui les entourent. La sécrétion muqueuse qu'on peut observer parfois dans le vagin à deux sources différentes, l'une utérine, l'autre vaginale.

La muqueuse utérine, en effet, possède de nombreuses glandes en tube, abondantes surtout dans la région du col, et ces dernières secrètent à l'état normal un mucus qui offre une propriété à retenir, la viscosité, il empêche le linge, et c'est ainsi qu'il est possible de différencier les sécrétions utérines des sécrétions vaginales.

Celles-ci sont le produit de l'exsudation et de la desquamation épithéliale de la muqueuse (épithélium pavimenteux stratifié), cette dernière ne possédant pas de glandes.

Nous arrivons maintenant au vagin, c'est un conduit musculo-membraneux, impair et médian, long en moyenne de 7 ou 8 centimètres, continuant en bas la cavité utérine, et, débouchant à la vulve; c'est l'organe de la copulation chez la femme.

Envisagé au point de vue de ses rapports, on peut lui distinguer :

a) Une paroi antérieure, ou « vésico-urétrale », en rapport dans sa moitié supérieure avec la vessie, dans sa moitié inférieure avec l'urèthre.

b) Une paroi postérieure, ou « péritonéo-rectale, » en rapport avec le rectum sur toute son étendue, immédiat dans ses trois quarts inférieurs, et, dans son quart supérieur, par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas.

c) Deux parois latérales, en rapport avec les vaisseaux et les nerfs, qui cheminent dans l'espace pelvisous-péritonéal « vaisseaux et faisceaux hypogastriques. »

d) Une extrémité supérieure qui s'insère sur le col utérin.

e) Une extrémité inférieure située dans le périnée.
(D'après Testut et Jacob, 1906.)

De cette énumération sommaire, nous n'avons à entrer dans aucun détail, il résulte ceci : c'est que le

vagin est en rapport avec trois organes essentiels, la vessie, l'urèthre, le rectum, en outre avec un riche plexus vasculo-nerveux, et, que toute collection qui y sera retenue par un obstacle quelconque, pourra occasionner les désordres les plus graves.

Nous y reviendrons, du reste, plus loin.

SYMPTOMATOLOGIE

Des observations que nous avons publiées plus haut, et qui émanent de différents auteurs, nous pouvons tirer la conclusion suivante, c'est que, avant toute période menstruelle, on a vu se former dans le vagin une rétention muqueuse, susceptible d'occasionner à l'organisme les plus graves dommages et voire même, parfois, la mort.

A l'aide des documents que nous avons en mains, nous allons essayer de déterminer la symptomatologie de cette nouvelle affection et, pour cela nous devons tout d'abord les sérier et les catégoriser; nous nous occuperons tout d'abord de ceux où aucun phénomène particulier n'a été remarqué; ensuite, de ceux où des symptômes plus précis et mieux définis, ont fait leur apparition.

Voyons donc, en premier lieu, celles de nos observations où l'anomalie qui nous occupe a été vue tout fortuitement :

C'est une mère qui, inquiète « parce que son enfant n'est pas faite comme les autres » (Le Gendre, 1866), ou « n'a pas de porte d'entrée » (Minard, 1892), vient

confier ses craintes à un praticien; c'est encore l'accoucheur (Budin, 1903), (Commandeur, 1904) qui, au moment de la naissance, reconnaît l'hymen imperforé et prévient par son intervention des désordres futurs.

Nous en retiendrons simplement la présence d'une petite tumeur ronde et molle, faisant saillie à l'entrée du vagin, de la grosseur d'une noisette (Hirschprung, 1876) ou d'un pois (Breisky, 1886).

Mais à côté de ces premières observations, importantes, certes, puisqu'à elles seules elles suffiraient presque à justifier notre étude, nous en trouvons d'autres plus précieuses encore, puisqu'elles vont nous permettre et nous aider à fixer tous ces symptômes que nous voulons connaître.

A l'inspection, on aperçoit une distension assez considérable du ventre, de l'œdème des grandes lèvres.

A la palpation, on sent l'abdomen assez résistant, une tumeur pouvant remonter dans les cas les plus graves jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic (Vitrac, 1900); enfin de la fluctuation au niveau de la vessie.

Au toucher vaginal, une tumeur, plus ou moins considérable, selon la quantité de liquide retenu, fluctuante, pouvant être déprimée par la pression, et bomber en avant lorsque l'enfant crie.

Au toucher rectal, on perçoit une certaine convexité de l'intestin (Hirschprung, 1877), due, pensons-nous, à l'accumulation des fèces qui ne peuvent être évacuées au dehors.

A noter encore, de fréquentes envies de défécation, qui font ouvrir l'anus tout béant, avec de nombreuses fissures (Hirschsprung, 1877); des envies non moins fréquentes d'uriner, avec mictions non spontanées, qu'on est obligé de provoquer pour amener un peu de soulagement.

A cette description, nous pouvons ajouter, les cris de l'enfant, auxquels, il semble qu'il faille attacher une certaine importance, des phénomènes généraux, de l'abattement, de l'embarras gastrique (Hirschsprung, 1877), de la fièvre, de l'agitation, de la gêne respiratoire (Rudaux, 1906).

Nous avons essayé de rendre ce tableau aussi complet que possible, mais il concerne l'enfant en bas âge, qui peut encore à peine faire connaître le mal dont il souffre, et exprimer la gêne qu'il éprouve; aussi, comme nous avons la bonne fortune de posséder deux documents, des plus intéressants, relatifs à deux jeunes filles impubères, âgées respectivement de 12 ans et de 17 ans, nous relevons d'autres symptômes, que nous ne voulons point passer sous silence, et qui consistent en céphalée, en vives douleurs abdominales et lombaires (Laroyenne, 1904, Piollet, 1906).

Ces deux cas, qui rentrent admirablement dans le cadre de notre étude, et à ce point de vue, nous discuterons plus loin l'observation de Laroyenne, montrent qu'à un âge bien proche de celui de la puberté, où, au moment même de la puberté, on peut observer la formation d'un hydrocolpos, avec tout le cortège d'accidents qui accompagnent l'hématocolpos.

En résumé, nous pouvons reconnaître comme symptômes chez l'enfant.

a) Les cris aigus et plaintifs, indice chez le petit être qui ne peut encore dire où il souffre, de graves malaises, et qui peuvent du premier coup, faire sauter aux yeux du médecin, l'anomalie : sous l'influence des cris, la tumeur apparaît le mieux, et augmente de volume.

b) La rétention d'urine et des matières fécales, due à des phénomènes de compression, de la vessie, du canal de l'urèthre et du rectum.

c) L'œdème des grandes lèvres (Hirschsprung, 1877, Vitrac 1900), résultant de la compression des vaisseaux hypogastriques, trouble compréhensible, si l'on se rappelle les différents rapports du vagin.

d) Quelques phénomènes généraux, tels que la fièvre, de l'agitation, de la gêne respiratoire, et chez la jeune fille : de la céphalée et des douleurs abdominales très vives, comme dans les cas de Laroyenne (1904) et de Piollet (1906).

DIAGNOSTIC

A l'aide des différents symptômes que nous avons énumérés précédemment, le diagnostic de l'imperforation de l'hymen, et des accidents qui l'accompagnent, ne nous paraît pas présenter de bien grandes difficultés; cependant, nous allons indiquer quelques affections, pour lesquelles, il faudra faire la différenciation des différents phénomènes observés.

Nous noterons tout d'abord, presque comme mémoire, et, sans y ajouter autrement d'importance, car le fait est assez rare :

1° Le prolapsus congénital de l'utérus (2 cas de Ballantyne, 1897), et cet auteur ajoute, comme pour aider à la facilité du diagnostic, qu'il y avait simultanément un spina-bifida de la région lombo-sacrée (1904) : nous nous rappelons, en effet, que dans le cas d'Hirschsprung (1877), l'accoucheuse, ayant constaté une tumeur située dans la région génitale, avait cru à un prolapsus de l'utérus; évidemment cette interprétation à la légère et bien

commode, lui était permise et un médecin « de visu » ne l'eût pas faite,

et ensuite :

2° Les adhérences vulvaires, consistant dans l'union des lèvres entre elles, réunies par un pont membraneux et capables de mettre un obstacle au cours de l'urine; quelquefois la symphyse est complète et l'orifice urétral aussi bien que l'orifice hyménial est complètement masqué; il en résulte de la rétention et l'intervention doit être urgente, pour en prévenir et combattre les effets (Comby, 1904).

Nous considérons qu'un examen minutieux doit mettre à l'abri de toute erreur.

3° La vulvite et la vulvo-vaginite à cause de l'œdème des lèvres, de la tuméfaction de l'hymen, obstruant parfois presque l'entrée du vagin (Epstein, 1904); cette inflammation des organes génitaux externes est ordinairement la résultante de la gonococcie et alors l'écoulement résoudra le problème.

4° Les kystes de l'ovaire (cas d'Arcy Power; fille de 4 mois (1898), en général d'origine congénitale et ce sont surtout ceux-là que nous envisageons, qui peuvent offrir comme symptômes communs, de la fluctuation, de la compression intestinale (Comby, 1904.)

5° Les tumeurs de la vessie, extrêmement rares cependant, dont la plus grande fréquence a été observée de un à deux ans; les accidents communs résident surtout dans la réten-

tion, la douleur, les troubles de la miction ; l'erreur sera cependant rendue impossible lorsque, apparaîtra de l'hématurie spontanée, sans cathétérisme, abondante, ou, lorsque la tumeur (polypes pédiculés), fera issue à travers l'orifice urétral (L. Concetti, 1904).

6° La péritonite, à cause de la constipation, de la tension de l'abdomen, de la rétention d'urine, de quelques phénomènes généraux, tels que la fièvre, l'agitation (Comby, 1904) ; elle peut cependant être aussi une complication sérieuse, et nous n'avons qu'à rappeler le cas de Vitrac, où une des causes de la mort fut de la péritonite généralisée.

7° La rétention congénitale d'urine, dont Varnier a rapporté trente observations, mais qui peut coïncider aussi avec des malformations de l'appareil génital (atrésies). (Brindeau, 1907.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons pensé qu'il n'était pas indifférent, dans le cours de notre étude, de consacrer un chapitre à l'anatomie pathologique ; aussi, nous proposons-nous de dire quelques mots au sujet de la consistance et de la couleur de la membrane hymen, de la quantité et de la nature du liquide recueilli. A cette place, nous dirons aussi pourquoi l'observation, due à l'obligeance de M. le professeur Laroyenne, nous a paru devoir fournir un nouvel appoint aux documents que nous possédions déjà ; pour terminer enfin, nous donnerons ici le résultat de l'autopsie qu'a pratiquée M. le docteur Vitrac junior, et qui fait suite à son observation.

Qu'il veuille bien nous pardonner cette coupure ! Mais ce document nous a paru devoir faire meilleure figure au milieu de considérations anatomo-pathologiques.

A différents auteurs, l'hymen est apparu de couleur différente ; blanche-bleuâtre pour Godefroy, blanchâtre pour Hirschsprung, Breisky l'a trouvé presque jaunâtre ; quant à son épaisseur, variable en raison de

sa texture, Godefroy lui a mesuré 2 millimètres d'épaisseur.

La quantité de liquide recueilli est aussi très inconstante : une cuillerée à café, chez un enfant de deux mois (Godefroy) ; 4 à 5 grammes chez un petit malade de seize mois, deux cuillerées à bouche chez un autre de cinq mois (Hirschsprung) ; chez des nouveaux-nés (Breisky, Commandeur) une grande quantité de mucus, ou encore 100 grammes d'une substance visqueuse et filante ; une grande quantité de pus, dans le cas de Vitrac, et dans ceux de Piollet et Laroyenne, relatifs pour ainsi dire à des adultes, 500 à 600 grammes de mucus ou de pus. Rudaux, chez sa nouvelle-née, ne nous donne pas de chiffre, mais ce qu'il a pu obtenir est considérable.

Pour ce qui est de sa nature, c'est une formation visqueuse, composée des produits de sécrétion de l'utérus, d'exsudation de la muqueuse vaginale (Godefroy, Breisky, Commandeur) ou du pus (Hirschsprung, Vitrac, Laroyenne) ; nous ne reviendrons pas ici sur l'analyse qu'on retrouvera complète, dans nos observations 11 et 12.

Parmi toutes celles que nous avons relatées, il en est une qui, en raison de l'âge du sujet auquel elle a trait, c'est une jeune fille de 17 ans, pourrait paraître ne pas servir à la démonstration que nous avons entreprise ; il n'en est cependant rien et, pour nous, son utilité est indubitable.

Cette jeune fille est, en effet, impubère et, jusqu'au moment où eut lieu l'intervention, elle n'a point vu de flux menstruel ; de plus, aucun des signes habituels de

puberté ne s'est manifesté chez elle, et nous pouvons dire que nous avons assisté à la transformation purulente d'une rétention muqueuse considérable.

Si, comme le pense M. le professeur Laroyenne, on s'était trouvé en présence de la transformation purulente d'un hémato-colpos, la couleur du pus eût été toute différente, brune-rougeâtre, au lieu d'être blanche-jaunâtre, et l'examen eût révélé la présence d'éléments figurés du sang, des caillots, de la fibrine. Or, l'analyse a été faite et rien de semblable n'a été perçu; nous sommes donc en droit de pencher pour l'hypothèse que nous avons faite tout d'abord.

Cela nous satisfait d'ailleurs, car nous avons considéré ce cas comme tout à fait intéressant; il prouve, nous le répétons à nouveau, que toute rétention muqueuse derrière un hymen imperforé, est capable, tout autant qu'une accumulation sanguine, de causer des accidents; il est même étonnant, si l'on se rapporte, en particulier, au cas de Vitrac, qu'ils ne soient pas survenus plus tôt; chez un organisme affaibli, en état de moindre résistance, un processus morbide eût pu être plus précoce.

Nous abordons, pour terminer ces quelques données, la description de Vitrac, et nous lui cédon's la parole :

« Le vagin rempli par un liquide dont on reconnaît
« facilement la transparence à travers ses parois distendues et amincies, est régulièrement disposé en
« gourde dont la grosse extrémité est supérieure.
« Cette extrémité est surmontée par l'utérus également distendu, mais beaucoup moins, tandis que

« l'extrémité inférieure aboutit à la vulve. La portion
« rétrécie de la gourde était exactement en rapport
« avec la ceinture du bassin. Le pôle inférieur rem-
« plissait le petit bassin et le périnée repoussé en
« avant ; le pôle supérieur dépassait l'ombilic de deux
« travers de doigt. L'ensemble de la tumeur était
« moulé sur le squelette, dont elle épousait les cour-
« bures comme le fait un fœtus expulsé à travers la
« filière pelvienne ; en effet, son grand axe formait un
« arc de cercle ouvert en avant, la concavité venant
« embrasser le pubis. »

« Les dimensions verticales de la tumeur sont de
« 12 centimètres ; ses dimensions transversales, de
« 6 centimètres pour la grosse extrémité, 4 pour la
« petite, et 3 et demi pour la portion rétrécie. La
« coupe de chacune de ces parties serait régulière-
« ment ronde. Extérieurement, la surface de la
« tumeur est lisse. Les parois en sont minces et forte-
« ment tendues par le liquide sous-jacent. Sur elles
« reposent les organes voisins (uretère, ligament rond,
« vessie, etc.), dont nous ferons plus loin description.

« En examinant la vulve, on constate qu'elle est
« occupée par trois renflements saillants, dont un
« médian, qui semble faire hernie entre les petites
« lèvres, et deux latéraux, qui remplissent et repous-
« sent les grandes lèvres épaisses de 4 centimètre,
« et atteignant la face interne des cuisses jusqu'à 2
« centimètres au-dessous du pli génito-crural. Ces
« trois renflements sont réductibles, ils ne sont autre
« chose que l'extrémité inférieure de la tumeur, qui
« a fini par dépasser largement les limites du détroit



« inférieur. L'anus, bien conformé, est à 1 centimètre
« et demi au dessous de la fourchette, repoussé en
« avant comme lorsque la tête foetale presse sur le
« périnée.

« A la partie supérieure de la vulve, le clitoris est
« normal. Au-dessous, en écartant les petites lèvres,
« le vestibule semble absent : en réalité, il est remonté,
« ainsi que le méat urinaire. Celui-ci perméable à une
« sonde n° 8, est caché sous le bord inférieur de la
« symphise et comprimé par le plan antérieur de
« la tumeur.

« Les grandes lèvres, sauf la disposition déjà men-
« tionnée, sont normales. Il en est de même des
« petites lèvres, Toutefois, la petite lèvre gauche est
« soudée dans son tiers inférieur à une sorte de raphé
« qui doit représenter la soudure hyménéale ; la petite
« lèvre droite semble être entièrement libre, sauf,
« peut-être, sur une hauteur de 1 millimètre vers son
« extrémité inférieure.

« Il existe un angle ouvert en dedans, entre la face
« interne des petites lèvres, dans leur partie libre et
« ce qui représente la paroi inférieure et médiane de la
« tumeur : cette paroi est par conséquent, à ce niveau,
« perpendiculaire à l'axe du vagin, ce qui est bien la
« disposition de l'hymen : autrement dit le vagin est
« fermé par un diaphragme qui s'insère au-dessus de
« la base des petites lèvres comme un verre de mon-
« tre dans son cadre.

« Ce diaphragme, saillant et distendu à 2 centimètres
« et demi de long sur 1 centimètre de large ; il a son
« tiers inférieur occupé par une petite surface rou-

« geâtre et chagrinée qui tranche avec la coloration
« rosée de ce qui l'entoure. Cette surface s'étend en
« hauteur sur 1 centimètre et en largeur sur 1 milli-
« mètre. En la regardant de très près, elle semble
« constituée par de fins tractus entre-croisés comme
« les dents entremêlées de deux peignes. On dirait une
« cicatrice fraîche. Cette partie est moins résistante
« que le reste du diaphragme. C'est à son niveau,
« avons-nous dit, que le bord des petites lèvres vient
« se perdre. La terminaison inférieure de ce raphé
« se confond avec la peau du périnée au niveau de la
« fourchette, et il n'y a pas trace de cette dépression
« qui constitue normalement la fossette naviculaire.

« Quant à l'utérus qui occupe la partie supérieure
« de la tumeur, il est bien rempli par du liquide, car
« on peut le vider en totalité, en chassant son contenu
« dans la masse principale de la tumeur. Il mesure
« 3 centimètres de haut sur 2 de large. Sa forme est
« remarquablement conservée; mais son corps, seul,
« fait une saillie franchement distincte. En effet la
« matrice est en antéversion le corps étant tiré en
« avant par les ligaments ronds: il en résulte la for-
« mation d'un angle dièdre ouvert en avant entre
« l'extrémité supérieure de la tumeur et la face anté-
« rieure de l'utérus. Au contraire la face postérieure,
« convexe en arrière, continue exactement le plan
« postérieur de la tumeur.

« De chaque côté de l'utérus, les ligaments larges
« ont échappé à la distension sur une hauteur d'un
« demi-centimètre juste assez pour contenir l'ovaire
« et la trompe qui ont leur disposition et leur dimen-

« sion normales. Les trompes ne contiennent aucune
« trace de liquide : elles ont 2 centimètres et demi de
« long et leur grosseur est celle d'une fine paille.

« Telle est la description d'ensemble de la tumeur :
« j'ajoute qu'elle est uniformément élastique et fluc-
« tuante.

« Quant aux organes avoisinants, voici comment ils
« sont disposés :

« La vessie était plaquée sur la face antérieure de
« la masse principale, aplatie à l'état de vacuité et
« mesurant 3 centimètres et demi de large sur 4 centi-
« mètres de haut ; ses parois très épaissies avaient
« jusqu'à 8 millimètres, ce qui témoigne des efforts
« considérables faits par l'organe pour arriver à vain-
« cre l'obstacle qui enserrait l'urètre. L'urètre suivait
« exactement la courbure des segments moyen et
« inférieur de la tumeur, sur une longueur de 4 centi-
« mètres ; il était lui aussi aplati, surtout au niveau
« du point où il croisait le bord inférieur du pubis.
« Devenu libre, il donnait facilement passage à une
« sonde n° 8.

« Les uretères croisaient les flancs de la tumeur
« pour atteindre la vessie ; dans cette partie de leur
« trajet, ils étaient fortement comprimés, tandis que
« dans leur portion libre ils étaient très dilatés, attei-
« gnant jusqu'à 1 centimètre de diamètre. Les reins
« étaient également distendus, ce qui avait permis la
« conservation de leur apparence lobulée. Le rein gau-
« che principalement était volumineux ($5^{\text{cc}} \times 4$) ; son
« bassinnet rempli de pus était déjà perforé. Il en était
« résulté des fusées purulentes le long du pancréas,

« dans l'épaisseur du mésocolon transverse, etc., etc.
« C'est du reste cette péritonite généralisée qui a
« emporté l'enfant. A la surface de la tumeur on sui-
« vait facilement les trajets de l'artère utérin, des artè-
« res ombilicales et des ligaments ronds. Le péritoine
« avait été remonté très haut au-dessus du pubis : il
« recouvrait le bord supérieur de la vessie, puis se
« réfléchissait en arrière de cet organe pour tapisser
« l'angle ouvert en haut, situé entre la vessie et le
« vagin distendu ; de là, il remontait sur le vagin qu'il
« suivait sur une hauteur de 4 centimètres pour attein-
« dre enfin l'utérus.

« En arrière de la tumeur, le rectum était compri-
« mé contre le sacrum ; il était normalement constitué
« et était toujours resté perméable. J'ai déjà indiqué
« dans quel état se trouvait l'anus.

« A l'ouverture de la tumeur, nous avons pu nous
« rendre compte que les parois étaient très minces ($1/2$
« à 1 millimètre) que la surface interne était lisse et
« polie. La cicatrice hyménéale, vue de dedans en
« dehors était très mince et absolument transparente.
« L'utérus s'ouvrait dans la tumeur vaginale par un
« orifice qui laissait passer le bout du petit doigt à
« 3 millimètres plus haut, un second anneau de même
« largeur correspondait à l'orifice interne et condui-
« sait dans la cavité du corps, assez régulièrement
« cylindrique ; aucun point dilaté n'indiquait l'orifice
« interne des trompes. Les parois de l'utérus n'avaient
« pas plus de $1/4$ à 1 millimètre. Les plis de l'arbre de
« vie étaient encore visibles. Les petits bourrelets
« circulaires qui rappelaient la portion vaginale du

« col et l'isthme, faisaient contre la paroi interne de
« la tumeur une saillie du volume d'un fil de catgut
« n° 4 environ.

« Le contenu de la tumeur était certainement trans-
« parent quand je l'examinai aussitôt après l'autopsie.
« Mais vingt-quatre heures après, lorsque je le retirai
« du kyste, il était blanchâtre, épais et filant, rappe-
« lant singulièrement l'aspect et la consistance du
« sperme un peu clair : il y en avait exactement
« 195 centimètres cubes.

« J'avais été obligé de conserver la pièce dans
« l'alcool ; aussi par suite de la pénétration de ce
« liquide à travers les parois de la tumeur, les albu-
« mines furent précipitées et il a été impossible d'en
« reconnaître les diverses variétés. Le liquide a été
« examiné par Monsieur le professeur agrégé Barthe ;
« le dépôt très abondant était uniquement constitué
« par des cellules épithéliales pavimenteuses et par
« des globules de pus. J'ajoute que ce pus était abso-
« lument aseptique, ainsi qu'il ressort de l'examen et
« et des ensencements pratiqués par M. Buard, prépa-
« rateur du Laboratoire de Médecine expérimentale.

« La purulence du contenu est très vraisembla-
« blement consécutive à l'infection généralisée de
« toute la cavité abdominale qui avait suivi elle-
« même l'infection des voies urinaires (d'après
« Vitrac, suite à son observation). »

PRONOSTIC

Si la question que nous venons d'étudier a retenu pendant quelque temps notre attention, c'est plutôt, parce que nous avons pensé qu'elle ne méritait pas, d'être ainsi délaissée, et le dédain de la plupart des auteurs, et qu'il était indispensable de bien surveiller les organes génitaux de la nouvelle-née et de la petite fille.

On peut néanmoins, d'une façon générale, considérer le pronostic des accidents, comme assez bénin ; il suffira de se rappeler qu'on s'est trouvé en face de phénomènes sérieux, dus, non plus à une accumulation de sang, mais bien à une rétention muqueuse, et une intervention prompte, rapide, remettra tout en ordre. Sur le nombre des observations que nous avons déjà passées en revue, une seule, celle de Vitrac, nous a révélé tout un processus morbide, ayant entraîné la mort, et encore, nous semble-t-il bien qu'il faille surtout l'attribuer à cette même pensée de tous les écrivains médicaux, un peu préconçue d'ailleurs, qu'au moment

de la puberté seulement, pouvaient apparaître des accidents redoutables.

En résumé, nous dirons que le pronostic est peu sombre, mais à deux conditions, la première, de retenir la possibilité de complications graves, la seconde de mettre tous ses soins à les éviter par un examen des plus consciencieux et par une intervention énergique.

TRAITEMENT

Nous ne sommes plus au temps où le baron Boyer (1825), persuadé d'ailleurs que l'imperforation de l'hymen, n'était pour ainsi dire jamais reconnue avant la puberté, repoussait toute intervention ; aussi bien, n'essayerons-nous pas d'en démontrer l'utilité et l'efficacité, puisque, grâce à l'asepsie et aux progrès réalisés par la chirurgie depuis ces dernières années, on peut être de tout repos, sur les suites opératoires, très simples en général. Nous nous attacherons seulement à quelques modalités, que nous tâcherons de préciser.

On peut donc se demander de quelle manière on pourra intervenir, et quelle sera la conduite à tenir, lorsqu'on se trouvera en face d'une membrane assez solide, au point d'être peu disposée à se rétracter.

Aurons-nous recours à la simple ponction ? sans hésitation, nous répondrons que cela serait peu prudent. Ce procédé a pu être recommandé dans le traitement de l'Hématocopos pour éviter la sortie trop brusque de la collection et des ruptures du côté des trompes, mais, là le cas n'est plus le même.

Evidemment on évacuerait la poche, mais pour

combien de temps, très court, il est probable, et rien n'empêcherait les sécrétions de s'accumuler à nouveau derrière la barrière qu'on voulait supprimer.

L'observation de Smellie (1754), qui ne nous apprendait pas grand chose, mais que nous avons retenue surtout à cause de cela, est très instructive à cet égard : sa malade, nous raconte-t-il, était une petite fille âgée de 5 ans, qui avait été déjà opérée deux fois, et il fut obligé de pratiquer une nouvelle ouverture, parce que les lèvres de la plaie s'étaient refermées. Nous repousserons donc comme insuffisante, cette méthode, et nous en chercherons une autre plus pratique.

Certains chirurgiens ont pratiqué l'incision cruciale, et bien qu'elle soit susceptible de rendre des services, nous la rejeterons aussi comme trop mutilante ; il peut y avoir quelque intérêt à réserver l'avenir de l'enfant ; bien que la médecine légale nous enseigne que la présence d'un hymen intact n'est pas toujours le signe probant de la virginité, il faut respecter les préjugés qui ont cours.

Il va nous rester maintenant l'incision médiane, dont nous allons parler ; et, qui sera notre traitement de choix ; elle a le gros avantage de débrider utilement et d'assurer une prompte évacuation.

Elle sera pratiquée d'avant en arrière au bistouri, de l'urèthre à la fourchette, comme dans le cas de Commandeur, ou encore, longitudinalement, et prolongée en forme d'Y, de chaque côté du méat avec quelques points de suture au catgut, posés aux angles de l'incision, pour que l'orifice créé ne se rétrécisse pas, comme dans le cas de Piollet.

Ceci fait, on devra nettoyer la cavité vaginale avec de l'eau bouillie, par exemple, et faire un tamponnement avec des mèches de gaze iodoformée ou simplement stérilisée. A la suite de cette technique, nous supposons les suites opératoires très simples et la malade, à l'abri de la moindre chance d'infection.

Il peut arriver qu'on se trouve en présence d'une membrane particulièrement vascularisée : nous savons que la tunique hyméneale est sillonnée par une multitude de petits vaisseaux, dans ce cas alors on pourra, afin d'éviter une hémorragie toujours bien ennuyeuse, et il s'en produit quelquefois de graves chez les petites filles, avoir recours au thermocautère ; nous signalons en passant, cet autre moyen de pratiquer l'incision dans une circonstance particulière.

Lorsque, au début de notre étude, nous avons jeté un coup d'œil, sur la structure de l'hymen, nous avons vu que dans son épaisseur, se trouvait un réseau de tissu conjonctif, susceptible d'acquérir un développement considérable, et c'est à cette texture toute spéciale, qu'on doit de rencontrer quelquefois, des membranes épaisses, charnues et très résistantes.

Cette constatation peut avoir son importance au point de vue opératoire, et c'est là-dessus que nous voulons insister.

Après l'incision, il est de toute importance d'empêcher les deux lèvres de la plaie de se réunir dans la suite, car tout serait à recommencer.

La prudence doit donc commander de prendre séparément les surfaces avivées de chaque lambeau, et d'y faire une suture en surjet ; cette précaution d'ailleurs

très simple est capable d'éviter des mécomptes, et vaut certes mieux que la pratique de ce médecin du siècle dernier, dont nous rapportons une observation, Le Gendre (1866), qui avait eu la notion de cet inconvénient : « je fabriquai, dit-il, un suppositoire avec un mélange de cire et de miel, d'une consistance assez ferme, et d'un calibre convenable, que j'introduisis dans le vagin de l'enfant en vue d'obtenir la cicatrisation séparée de chacun des lambeaux », et il a soin d'ajouter d'ailleurs, qu'elle fut complète au bout du troisième jour.

Nous nous résumerons en disant, que l'intervention ne peut souffrir de contre-indication ; que le procédé de choix paraît être l'incision médiane, assez longue, allant du méat à la fourchette ; que la guérison enfin, prompte et rapide, est presque toujours la règle.

CONCLUSIONS

1° Malgré l'opinion de la plupart des auteurs, qui pensent que l'imperforation de l'hymen est inoffensive avant la puberté, il peut se produire, chez la nouvelle née, ou la petite fille, des accidents, dus à une rétention muqueuse, et capables d'entraîner la mort.

2° La symptomatologie se résume dans quelques phénomènes généraux (fièvre, agitation, quelquefois gêne respiratoire) et dans des accidents de compression, de la vessie, du canal de l'urèthre et du rectum, et de rétention.

3° Le liquide recueilli résulte du mélange des produits, de sécrétion de l'utérus et du col, et d'exsudation et de desquamation de la muqueuse vaginale ; c'est aussi quelquefois du pus.

4° Le pronostic est d'ordinaire assez bénin, mais à la condition d'avoir reconnu assez tôt l'imperforation, pour éviter les complications qui peuvent survenir.

5^o Le traitement doit être à la fois préventif et curatif; il faut, comme le veut Hirschsprung (1877), examiner très soigneusement les organes génitaux des enfants qui viennent au monde, et ne pas hésiter à rétablir par une incision de la membrane, l'orifice hyménial dès que l'anomalie a été reconnue, ou qu'on se trouve en présence de phénomènes pathologiques.

Le Président de la thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENCQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 Février 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALTMANN.....	Thèse, Paris.....	1894
ARCY-POWER.....	Britisch Medical Journal...	1898
BALLANTYNE.....	In Traité, Maladies de l'en- fance, de Grancher et Comby.....	1904
BALLANTYNE et THOMSON	American Journ. Obstetrical	1897
BARNES (R.).....	Traité des Maladies des femmes.....	1876
BARNETCHE.....	Thèse, Paris.....	1889
BERNUTZ.....	Conférences cliniques sur les Maladies des femmes	1888
BONNECAZE.....	Thèse, Paris.....	1872
BOURSIER.....	Précis de gynécologie.....	1903
BOYER (Baron).....	Maladies chirurgicales....	1825
BREISKY.....	Die Kranckheiten der Vagina	1886
BRINDEAU.....	In Pratique, Art des Accou- chements de Bar, Brin- deau et Chambrelent....	1907
BROUARDEL.....	Gazette des Hôpitaux....	1879
BUDIN.....	Progrès Médical.....	1879
—.....	L'Obstétrique.....	1903
BUNZEL.....	Centralblatt für Gyneko- logie.....	1902
CHAPIN-MINARD.....	The New - York Medical Journal.....	1892
CHURCHILL.....	Maladies des femmes.....	1881

COMBY.....	In Traité des Maladies de l'enfance, de Grancher et Comby.....	1904
COMMANDEUR.....	L'Obstétrique.....	1904
CONCETTI.....	In Traité des Maladies de l'enfance, de Grancher et Comby.....	1904
COURTY.....	Maladies de l'utérus.....	1881
DEBIERRE.....	Les vices de conformation des organes génitaux chez la femme.....	1892
DESCHAMPS.....	In Traité de Pathologie et Hygiène du nourrisson de Rotschild.....	1904
EPSTEIN.....	In Traité des Maladies de l'enfance, de Grancher et Comby.....	1904
FOLLIN.....	Pathologie externe.....	1888
GODEFROY.....	Gazette des Hôpitaux.....	1856
GEOFFROY-ST-HLAIRE (J.)	Histoire des Anomalies chez l'homme.....	1832
GUÉRETIN.....	Thèse Paris.....	1873
HEGAR et KALTENBACH.	Gynécologie opératoire....	1885
HERTWIG (O.).....	Précis d'Embryologie.....	1900
HIRSCHSPRUNG.....	Gynœkologische og obstetricische Meddelcher, Copenhagen.....	1877
HOWARD-KELLY.....	Opérative Gynecologie....	1904
KENDIRDJY.....	In Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus.....	1907
KIRMISSON.....	Précis de Chirurgie infantile	1906
LABADIE-LAGRAVE et LE- GUEU.....	Traité Médico-chirurgical de gynécologie.....	1898
LAROYENNE (L.).....	Annales de gynécologie....	1904

LE FORT (J.).....	Des vices de conformation de l'utérus et du vagin..	1863
LE GENDRE.....	Gazette des Hôpitaux.....	1866
LEGENDRE (P.) et BROCA	Thérapeutique infantile....	1908
LUTAUD.....	Maladies des femmes.....	1883
MICHAUD (P.).....	B) Traité de Chirurgie, de Duplay et Reclus.....	1898
NELATON.....	Pathologie chirurgicale...	1884
PETIT (L.-H.).....	In Dictionnaire de Decham- bre, article vulve et vagin	1886
PICHEVIN.....	In Traité de Chirurgie, de Le Dentu et P. Delbet....	1896
PIECHAUD (T.).....	Précis de Chirurgie Infantile	1900
PIOLLET (de Clermont- Ferrand).....	Centre médical et pharma- ceutique de Gannat.....	1906
PIOU.....	Thèse Paris.....	1898
POZZI.....	Gynécologie clinique et opé- ratoire.....	1890
PUECH.....	Arésie des voies génitales de la femme.....	1864
RIVALTA.....	Thèse Paris.....	1898
ROZE (P.-A.-F.).....	Thèse Strasbourg.....	1865
RUDAUX (P.).....	Annales de gynécologie...	1906
SMELLIE.....	Art des Accouchements....	1754
SERRIÈRES.....	Thèse de Paris.....	1866
TESTUT.....	Anatomie humaine.....	1901
TESTUT et JACOB.....	Anatomie topographique...	1906
TOURNEUX.....	Précis d'Histologie humaine	1903
—.....	Précis d'Embryologie.....	1898
—.....	In cinquantenaire Société de biologie.....	1899
VITRAC - JUNIOR (de Li- bourne).....	Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiat- rie de Bordeaux.....	1900

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Observations.....	13
Considérations générales.....	31
Symptomatologie.....	39
Diagnostic.....	43
Anatomie pathologique.....	47
Pronostic.....	57
Traitement.....	59
CONCLUSIONS.....	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	65
